

INDIQUEZ CI-APRÈS :
 LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
 VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
 PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT
 NOM PRÉNOM
 ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)
 TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
 NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIV) :

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare
 exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,
 toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
 l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
 COORDONNÉS DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

ASSOCIATION
 ENTENTE 7 DEBDDO
 29, rue DE
 YFou
 Toul.Fax : 04 87 01 50 08

Signature N. NARRIC
 Directeur DANIEL DEJOS



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
 Code de l'Action Sociale et des Familles



**FICHE SANITAIRE
 DE LIAISON**

1 - ENFANT
 NOM :
 PRÉNOM :
 DATE DE NAISSANCE :
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
 ELLE EVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polioomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

Si l'enfant n'a PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non
 Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur
 emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
 Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	IRRUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	ORITE	ROUGEOLE	OREillons	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTS oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)